

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

433

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Néhoray BOGHRATI

Ancien Externe des Hôpitaux de Bruxelles

Né le 9 Mai 1911 à Kachan (Iran)

LES URTICAIRES
AVEC
ATROPHIE GASTRIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Néhoray BOGHRATI

Ancien Externe des Hôpitaux de Bruxelles

Né le 9 Mai 1911 à Kachan (Iran)

LES URTICAIRES

AVEC

ATROPHIE GASTRIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	N.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIÈRE	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.
Justin BESANÇON	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELIER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Trop tôt enlevé à mon affection, il ne put
me voir dans la carrière qu'il considéra
si noble.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AÎNÉ

*Qui aurait tant voulu me voir à ses côtés.
Mais hélas, il ne me reste que son im-
périssable souvenir.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma plus tendre affec-
tion.*

A MES FRÈRES

*En reconnaissance émue de tous les sacri-
fices que vous avez faits pour moi.*

A MES SOEURS ET TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES

Qui me furent si précieux à tout moment.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse, qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de notre im-
mense reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et
nous a prodigué de ses conseils précieux.
Nous sommes heureux de le remercier du
bon accueil que, durant tout notre séjour,
nous avons trouvé dans son service, où
il nous a permis de profiter de nombreux
documents inédits. Nous lui témoignons,
avec nos respectueux hommages, l'expres-
sion de notre vive gratitude.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE BRUXELLES

INTRODUCTION

Notre maître M. Paul CHEVALLIER et M. François MOUTIER ont, depuis deux ans, consacré plusieurs études à l'estomac des urticariens.

Dans ce travail, nous nous limiterons aux cas qui s'accompagnent de gastrite atrophique.

Les observations que nous rapportons sont celles du service de M. Paul CHEVALLIER, elles sont inédites.

*
* *

L'examen de l'estomac a été fait par la clinique, l'analyse du suc gastrique et la gastroscopie.

La clinique ne révèle en général rien, ou rien de net. Les troubles fonctionnels manquent, ou minimes et banaux (pesanteurs, digestions lentes, etc...) parfois cependant existent des douleurs nettes. La palpation ne montre que très rarement une dilatation de l'estomac, c'est-à-dire un certain abaissement (?) de la grande courbure dans la position couchée.

Le suc gastrique a été analysé par les collaborateurs de M. P. CHEVALLIER, MM. SEVAUX et LEMELAND, après épreuve de l'histamine de CARNOT et LIBERT.

La gastroscopie a été faite par M. François MOUTIER, dont on connaît la très haute compétence.

Urticaires chroniques avec gastrite atrophique

OBSERVATIONS

Les observations sont rangées suivant la durée de l'urticaire, au moment qu'ils ont été examinés pour la première fois dans le service.

A) URTICAIRES DURANT DEPUIS PLUS DE DEUX ANS

OBSERVATION I

Douc... Marie, 55 ans, ménagère. 16 octobre 1935. Soignée de syphilis depuis très longtemps (une ou plusieurs séries d'huile grise depuis 16 ans, dans un autre hôpital). L'urticaire a commencé, sans cause, il y a 6 ans. Ces crises surviennent tous les jours, plus ou moins vives ; parfois plusieurs dans le même jour. Les crises du matin sont rares ; celles du soir (15 heures) habituelles, se terminent vers 21 heures quand la malade se couche, ou non. Lorsque nous l'examinons, il n'existe pas d'urticaire, mais la patiente a des démangeaisons et se gratte là où elle a eu la veille des plaques. Les plaques surviennent à des régions quelconques du corps.

Actuellement elle ne souffre pas de l'estomac. Mais depuis 3 ans elle a eu assez souvent des douleurs non aiguës (pesanteur, barre, etc.) qui surviennent vers 14 heures après midi (une heure après la fin du repas) et durent deux ou trois heures. On lui a dit aussi qu'elle devait avoir des lésions au foie et on lui a donné de la peptone magné-

siée. Ni les médicaments, ni un régime sévère n'ont fait diminuer l'urticaire. Constipation opiniâtre. Langue normale sauf quelques traînées minces un peu dépouillées et décapillées la région dorsale médiane près de la pointe. Nervosisme très grand depuis l'enfance.

Sang : Gl. r. 4.596.000 ; Hg. 80 ; Vgl. 0,89 ; aspect normal, 0,5 % des réticulocytes. Plaquettes 268.000 Gl. bl. 7.800. Neutro 65,5 %. Arneth 3,28,48,18,3. Eosino 2. Basophiles 0,5. Lympho 6,5 (3,5 petits) monocytes 24,5 (13,5 sans grains azur) 0,5 plasmazelle. Suc d'histamine : HCl + ; Ac. libre 1,8 ; Ac. totale 2,5 ; CHI total 3,6.

Gastrocopie 29 octobre 1934. — Gastrite atrophique diffuse généralisée. Plis effacés partout, malgré l'hyperthonie qui ride l'estomac. Muqueuse non fragile, pâle ; la petite courbure est craquelée avec un réseau veineux non fragile. Faces saburrales. Ça et là sont disséminées, assez nombreuses (une ou deux par champ) des érosions fissuraires très fines, vermillon, et de petites érosions ponctiformes à petits bouchons brunâtres. Pylore invisible.

La gastrocopie a été faite alors que la malade prenait 3 grammes de fer depuis déjà 8 jours. Le 30 octobre la malade dit qu'elle a nettement moins d'urticaire depuis qu'elle prend les cachets, alors qu'auparavant elle avait des crises intenses malgré un régime sévère. La piqure faite lors de la gastrocopie lui a déterminé une crise d'urticaire.

Le 28 novembre 1933, l'urticaire est complètement disparue, mais elle a encore du prurit sans aucune lésion cutanée. La malade a « des énervements » et des gargouillements dans l'estomac ; vers 10 heures du matin, la faim est extraordinaire. Persistance d'un mauvais goût, comme de bile, dans la bouche. Sommeil et état général meilleurs. Sang : Gl. r. 4.768.000 ; hgl. 90 ; vgl. 0,90 aspect normal. Plaquettes, 304.000 normal, Gl. bl. 5.400. Neutrophiles, 58 (Arneth 6, 35, 46, 13, 0), granul. normales ; Eosinophiles, 2,5. Basophile 1. Lymphoc. 9 (5,5 petits), Monocytes 29,5 (17 sans grains azur). La malade a pris jusqu'ici 4 grammes de protoxalate de fer par jour. Pour la satisfaire, car elle attribue, sans doute à juste titre, sa faim continue et pénible au fer, on le remplace par du carbonate de bismuth et du charbon. Le 15 décembre, les démangeaisons sont revenues intenses et généralisées du 2 au 10 décembre, actuellement elles sont un peu moins fortes ; elles s'accompagnent de plaques rouges après grattage, mais pas d'urticaire net. Se plaint en outre de douleurs sur la poitrine et ailleurs : il existe de petits grains de cellulite. On redonne 3 grammes de fer prodié.

29 décembre, l'urticaire n'est pas revenue ; un prurit léger subsiste par petites crises. En avril 1935, la malade, après avoir pris 200

cachets, a cessé le fer parce qu'elle n'a plus de démangeaisons. On redonne du fer.

Le 12 juillet, rares crises courtes et très légères de prurit. Bouche amère, fatigue, étourdissements ; tension 11-10, indice 4. On supprime le fer ; on prescrit un régime (avec viande rôtie sans pain). Le 30 juillet, tension 16-9 ; état général meilleur. La malade se plaint de douleurs vagues dans le tissu cellulaire et les articulations. L'Urticaire n'est pas revenue, mais fréquemment reviennent des crises de prurit *sine lesione* « entre cuir et chair ». On ordonne de reprendre 3 grammes de protoxalate de fer par jour. Le 2 novembre, la malade nous dit que n'ayant plus que des démangeaisons très rares, très courtes et très légères, elle a cessé le fer, qu'elle accuse, peut-être à juste titre, d'augmenter son « arthritisme ». Le fer est cessé depuis un mois et demi. Or peu à peu les crises pruritiques sont redevenues plus fréquentes, plus longues et plus fortes ; et depuis 10 jours, l'urticaire vraie est reparue. La malade nous promet une fois de plus de prendre régulièrement du fer.

De janvier à avril 1936, malade presque guérie, il reste de petites bouffées pruritiques.

OBSERVATION II

Urticaire intense. Guérison thérapeutique

Reprise ultérieure de quelques incidents ; amaïrose subite

Des... Suzanne. — Famille assez tarée, un parent interné ; on ne peut préciser, la malade n'aimant pas insister sur ses antécédents. Une sœur grande urticarienne (Voir l'observation d'urticaire à peu près complètement guérie par l'insuline). A l'âge de 16 ans, un Wassermann positif a confirmé l'hérédo-syphilis ; la malade ne présente aucune tare somatique. Par intermittences, des traitements par le mercure, l'arsenic et le bismuth ont été faits, mais courts, ou à très petites doses, les médicaments étant en général mal supportés jusqu'à ces dernières années (lipothermies, urticaire, anorexie, amaigrissement, etc.). A 17 ans, règles. Peu après, « rhumatismes » dans les bras qui dure quelques mois et laisse des « boules » sur les mains et dans le dos qui ne disparaissent qu'après deux à trois ans.

Examen en 1927. — La malade âgée de 22 ans souffre d'urticaire depuis plus d'un an. Elle en a tous les jours et presque tout le temps urticaire typique, jamais d'œdème de Quincke. Parmi les aliments qui

déclenchent des crises particulièrement intenses, elle a particulièrement remarqué le poisson et les mets vinaigrés. Pour éviter autant que possible les paroxysmes, elle ne fait qu'un repas par jour, et frugal ; elle est très maigre.

L'examen ne montre rien de particulier, sauf un grand nervosisme et un état légèrement cyclothymique (alternatives de périodes, généralement assez courtes de gaieté et de périodes équivalentes de tristesse avec mutisme et irritabilité) ; ce caractère peut s'expliquer en partie par des ennuis intimes.

Deux séries prolongées d'injections intradermiques à très petites doses d'une bouillie de peptone de Witte. Pendant le traitement, amélioration coupée de rechutes ; l'état de mal urticarien cesse. Dans les six mois suivants les poussées urticariennes deviennent de plus en plus faibles et espacées ; enfin guérison complète.

Depuis cette époque, la profession de la malade fait que nous ne sommes jamais plus de quelques mois sans la voir.

L'urticaire ne se reproduit pas, bien que la malade ne prenne aucune précaution et prise de la cocaïne. Cependant après quelques années, au moment des règles, se montrent, de préférence sur les membres, de petites papules rouges qui démangent beaucoup, puis s'affaissent en laissant une ecchymose jaunâtre qui met une semaine à disparaître.

Au mois de février 1934, alors que les règles finissaient, survint à 19 heures, brutalement, une perte complète de la vision. Après un quart d'heure, la vue revient progressivement, d'abord très brouillée, puis normale au bout d'une heure environ. (Aucun rapport entre cet incident d'une part, et, d'autre part, une prise de cocaïne ou un excès alimentaire).

Depuis cette époque, chaque période cataméniale s'accompagne de violentes névralgies soit dans l'œil et dans l'oreille droite, soit dans l'un ou l'autre, exceptionnellement à gauche. Aucun gonflement. Durée variable.

Fin janvier 1935, nouvelle amaurose subite et sans raison, qui dure encore un quart d'heure et à la même évolution. Les deux yeux sont alors aveugles. En même temps apparaissent de violents maux de tête, la malade précise que ces maux de tête ne ressemblent en rien à ceux qu'elle a eu autrefois ; « On dirait un abcès qui élance » ; elle a l'impression de devenir folle. Cette céphalagie s'accompagne de douleurs dans les oreilles et les dents. Le retour de la vue n'a pas fait disparaître ces phénomènes ; ils n'ont diminué que beaucoup plus tard, après qu'eurent été pris beaucoup de comprimés analgésiants.

La malade a, tous les jours, mal « des doigts aux aisselles » ; un rat ronge ses bras. Sommeil seulement sous l'influence du dial.

Depuis des années, aucun appétit ; digestions lentes, pesanteur après les repas, accompagnée de congestion de la face. Les grillades sont bien digérées.

Suc gastrique non analysé. Gastroscope le 3 février 1935 : atrophie généralisée avec de nombreuses veinules bleuâtres sur la face antérieure du fundus et la petite courbure. La muqueuse est un peu pâle, basse, lisse. Même la zone cérébroïde de la face postérieure est absolument lisse. Antre béant, mouvements pyloriques lents ; le sphincter demeure entr'ouvert. Bonne tolérance à l'air ; aucune fragilité de la muqueuse. En résumé, gastrite atrophique du troisième degré avec hypotonie et hypokinésie.

Sang, 15 février 1935 (après le début du traitement). Gl. r. 4.720.000 ; hgl. 100 ; vgl. 1,06 ; aspect normal ; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 200.000, normales. Gl. bl. 6.800. Neutrophiles 72 (Arneth 7, 33, 50, 10, 0), granul. léger. « toxiques ». Eosinophiles 0,5. Lymphocytes 7 (6,5 petits). Monocytes 20 (8 sans grains azur). Goagul. en petits tubes 10 ; Rétraction normale ; Saignement 8'. Lacet positif fort ; Sérum abondant de couleur normale.

Après avoir minutieusement cherché si les accidents n'étaient pas en rapport avec une absorption de toxiques, type cocaïne, — recherche facilitée par la franchise de la malade qui trouve son habitude toute naturelle — nous nous arrêtons à l'hypothèse d'un œdème urticarien juxta-crânien

Traitement 3 puis 4 à 5 grammes de protaxalate de fer par jour. Résultats extraordinairement favorables.

Toute sensation anormale disparaît ; les règles se passent sans aucune douleur ni gêne. L'appétit devient excellent ; la malade dévore. Elle, qui avait toujours été très maigre, engraisse au point de ne plus pouvoir mettre ses robes ; elle devient ronde ; et sa mine, au lieu d'être grisâtre, est rosée. Elle devint gaie, d'humeur égale, de commerce toujours agréable. Ces modifications se produisent alors qu'elle continue à priser de la cocaïne. Après six à sept semaines, quelques troubles digestifs, des coliques et de la diarrhée. Le fer est cessé.

De mars à fin octobre 1935, l'état reste excellent bien que la malade, toujours hantée par son hérédosyphilis se soit fait elle-même une série de piqûres, qu'elle ait restreint son alimentation pour se faire maigrir et qu'elle ait eu quelques ennuis, deux ou trois fois, à l'occasion d'un rhume, d'un excès de boisson ou sans cause avouée, ma-laises généraux et céphalée « banale ». Le fer a été repris pendant

quelques semaines à deux reprises ; on a donné aussi un peu d'acide chlorhydrique à faibles doses.

23 janvier 1936, état toujours excellent, le fer a été continué environ un mois sur trois ; comme médicament depuis deux mois.

15 février 1936. — La malade a cessé le fer parce que ce médicament la fait engraisser. Elle vient d'avoir ses règles : pendant trois jours elle a eu le nez bouché par le gonflement intérieur des cornets supérieurs (R). Cet accident habituel autrefois, dit-elle, était disparu depuis qu'elle prenait du fer.

OBSERVATION III

Gu..., Janine, 20 ans. 24 septembre 1934. — Grand'mère maternelle urticarienne : pendant la guerre, où elle était inquiète, elle était tourmentée par les œdèmes de Quincke ; une fois, après une émotion vive, elle devint quasi-insensible et se couvrit entièrement d'urticaire à petits éléments (la seule fois).

Guérison totale après l'armistice. — La jeune fille elle-même a eu de l'urticaire sérique (diphtérie) à l'âge de 10 ans.

Réglée à 14 ans. Un peu avant a eu du prurit vulvaire « dans l'intérieur » que l'un de nous a soigné par les moyens usuels à ce moment (lotions, etc) et qu'il attribua à une certaine leucorrhée ; ce prurit vulvaire disparut après 6 mois. — Règles normales. — Migraines presque à date fixe ; céphalée légère presque continuelle.

L'urticaire existe depuis 2 ans ; il survint pour la première fois après l'ingestion d'un gramme d'aspirine (la malade en prenait souvent mais 0,50 seulement à la fois). Accalmie l'hiver dernier. Reprise intense à Pâques après une injection antidiphtérique probablement injustifiée. L'urticaire survient tous les jours, nuit et jour. Cependant ce 24 septembre 1934 la malade en est débarrassée depuis 4 jours qu'elle prend exclusivement de l'eau et des fruits cuits.

Lourdeur d'estomac après les repas avec envie de dormir. Dès que l'estomac lui semble vide, entre 10 et 11 heures le matin, 16 et 17 heures l'après-midi, crampes et vertiges intolérables que calment instantanément l'ingestion d'aliments. — Douleurs caecales sans horaire fixe avec selles souvent fétides et molles. Ecchymoses faciles de pression. Aucune autre tare, sauf une atrophie des deux tympans sans cause avec diminution de l'audition, démangeaisons dans le conduit auditif et dans tout le cuir chevelu, sans aucun pityriasis ni séborrhée. Depuis quelques mois, fatigue extrême ; la malade se dit exténuée.

Suc d'histamine : HCl 0. Ac. libre 0, Ac. totalé 0,18; CHI total (en HCl) 1,95.

Sang : Gl. r. 4.180.000 ; Hg. 80 ; Vgl. 0,96. Réticulocytes 1 %. Légère anisocytose ; quelques microcytes ; assez nombreuses hématies allongées ; poikilocytose assez marquée. Plaquettes 272.000. Gl. bl. 9.200. Neutre 61 %. Arneth 1, 12, 52, 34, 1. Eosino 1,5. Baso. 0,5. Lympho. 14,5 (4,5 petits). Monocytes 22,5 (11 sans grains azur).

Gastroscopie : dissociation entre l'antré et le fundus. Antré normal. Corps : atrophie générale des plis avec muqueuse mince, lisse, très pâle et réseau veineux bien visible ; donc atrophie diffuse du corps. Très peu de mucus.

On prescrit du stavarsol (2 comprimés de 0,25 par jour pendant 4 jours, contre l'infection intestinale). La première ingestion est suivie d'une crise d'urticaire intense ; les autres ne provoquent aucun trouble.

3 Octobre. — Après le stavarsol, la malade mange de tout, sauf du lait et des œufs. Elle a remarqué que le lait de campagne, bu auprès de la vache lui donne une urticaire intense, alors que le lait acheté à Paris est inoffensif. Absence d'urticaire. Protoxalate de fer depuis le 2 octobre 1 gramme 50 par jour. Crise d'urticaire le 4 octobre, après un dimanche passé à la campagne et ingestion de lait.

Fatigue intense ; vers 16-17 heures, sensation de vide d'estomac avec crampes très douloureuses ; ces crampes se calment si la malade mange un sandwich ou autre chose. Par la suite elle prend des aliments vers 16 heures et ne souffre plus du tout. En même temps que la fatigue, apparition de petits orgelets. On donne 3, puis 5 grammes de fer par jour.

Après une semaine pénible, la santé est entièrement transformée.

Le 14 octobre, la malade va très bien. Aucun urticaire ni œdème même au moment de fatigue physique ; ayant eu des douleurs dues à une dent de sagesse, la patiente a pris trois jours de suite une forte dose d'aspirine : elle n'a eu aucun accident alors qu'avant l'aspirine déterminait des crises. Deux remarques ont été faites : d'abord, depuis quelques jours les urines ont une teinte verdâtre-noirâtre aussitôt émises, et ne changent pas ; ensuite la fétidité « de fermentation » de l'haleine qui existait depuis de nombreuses années et était surtout forte depuis deux à trois ans, est disparue après trois jours de traitement ferrugineux.

Le 24 octobre. — Sang : Gl. r. 4.180.000 ; hg. 80 ; vgl. 0,96 ; réticulocytes 1 %. Très légère anisocytose ; assez nombreuses hématies allongées ; quelques microcytes ; poikilocytose assez marquée ; coag.

normale. Plaquettes 276.000. Gl. bl. 9.200. Neutro 61 %. Arneth, 1, 12, 52, 34, 1. Eos. 1,5. Baso. 0,5. Lympho. 14,5 (4,5 petits). Monocytes 22,5 (11 sans grains azur). A partir de ce jour 3 grammes de protoxalate par jour.

L'état général devient merveilleux. La malade se sent forte comme elle n'a jamais été. Vers le 8 novembre elle raconte qu'elle n'est plus fatiguée : elle a une « impression de conquête du monde ». Elle n'a plus mal à la tête. Les démangeaisons du cuir chevelu et des oreilles ont presque disparu. L'urticaire n'a pas réapparu.

Sur nos conseils, des repas réunissent en abondance les aliments et les vins les plus nuisibles : ces repas sont suivis d'une violente migraine, mais aucune urticaire. Le lait, les œufs, les crèmes, etc. sont parfaitement supportés ? Les longues marches, auparavant impossibles, la remplissent maintenant de joie.

Le 17 novembre, la malade « nage dans le bonheur ». Sang : gl. r. 4.160.000 ; hg. 85 ; vgl. 1,01 ; poikilocytose assez marquée, nombreuses hématies allongées, réticulo 1 %. Plaquettes 264.000. Gl. bl. 7.800. Neutro. 59 %. Arneth 4, 15, 50, 30, 1. Eosino 0,5. Lympho. 13,5 (4 petits). Monocytes 27 (17,5 sans grains azur).

La guérison continue par la suite. Le 14-12-34, à 15 heures, globules rouges 4.200.000 ; hgl. 85 ; vgl. 1,01 ; taille normale ; poikilocytose assez marquée ; assez nombreuses hématies allongées ; légère anisochromie ; assez nombreuses hématies à centre anormalement clair ; pas de polychromasie ; réticulocytes 1 %, plaquettes normales, globules blancs 62,5 (Arneth 4, 17, 56, 23, 0) ; granul. normales. Eosinophiles 1. Basophiles 0,5. Lymphocytes 16 (11 petits). Mono. 20 (sans grains azur). Coagulation en petits tubes retardée ; 30' ; rétractilité médiocre. Temps de saignement, 3'. Lacet : une trentaine de pèches après 10', et relâchement.

Le 12 février 1935, urticaire et migraine ne se sont pas reproduites. La malade a pris 4 à 5 grammes de protoxalate de fer par jour, sauf depuis 15 à 20 jours où elle a baissé à 2 grammes. En effet, depuis un mois, elle est très fatiguée, a un besoin « effroyable » de sommeil, a perdu l'appétit et a maigri (47 kg. 100 deshabillée), et mal dans le dos. Bien que l'auscultation ne décèle aucune anomalie respiratoire, on pense à une affection pulmonaire larvée (comparer ci-dessus la forte lymphocytose) ; on agite aussi l'hypothèse d'une reprise de l'atrophie gastrique (nous en avons vérifié un cas à la gastroscopie chez un malade d'une autre catégorie) ; quoi qu'il put en être, on supprime le fer auquel peut être imputé en partie les troubles actuels. On donne un peu d'acide chlorhydrique et un fortifiant banal.

En avril et mai, la malade est redevenue gaie et bien portante.

En juillet, angine aiguë avec température jusqu'à 39°8, délire, douleurs vives ; ulcération nécrosante de l'amygdale gauche qui est complètement détruite. La maladie dure depuis plusieurs semaines. « Elle s'est naturellement, nous écrit son père, bourrée d'aspirine et cela ne lui a pas procuré la plus petite trace d'urticaire ».

Fin août, après une assez longue convalescence, bonne nourriture et repos, la santé est redevenue normale.

En décembre 1935 la guérison est toujours parfaite.

OBSERVATION IV

Œdème de Quincke. — Mach... Alphonse, homme de race juive, 37 ans.

20 juillet 1934. — Début depuis 6 ans. Les gonflements siègent surtout à la face, beaucoup plus rarement aux membres, parfois à la langue. Ils sont subits « sans que rien puisse les faire prévoir ». Ils apparaissent surtout le matin. Ce malade se réveille bouffi des paupières, des lèvres, de la verge. L'œdème persiste généralement toute la journée ; il s'accompagne de prurit.

La maladie persistant malgré les régimes, le patient, il y a quatre ans, s'est mis à l'eau et aux légumes cuits à l'eau : tout œdème a disparu. Puis il a repris une alimentation moins déprimante, bien que très restreinte et choisie : les crises sont réapparues. Elles surviennent environ trois fois par semaine et ne sont expliquées par aucune imprudence.

Malade, bien constitué, sans aucune tare organique. Cependant il souffre de douleurs sourdes dans le pli inguinal et la face postérieure de la cuisse, douleur qui rappellent celles de la cellulite, qui gênent la marche et s'atténuent par le repos.

Sang : Gl. R. 6.000.000 ; Hg. 65 ; Vgl. 0,79, c'est-à-dire nettement abaissée. Aspect normal des hématies. Plaquettes 268.000 : Gl. bl. 10.000. Neutro. 79. Eosino. 0,5. Lympho. 4 (0 petit). Monocytes 16,5 (dont 9,5 sans grains azur). Arneth 16, 34, 39, 10, 1. Gran. neutro. normales. Coagul. 11, rétraction normale, sérum de couleur normale, saignement 3 min. et demie. W. nég.

Suc d'histamine : HCl 0. Ac. libre 0. Chl. total (en HCl) 3,6.

Gastroscopie. — Gastrite atrophique diffuse très nette. Muqueuse

lisse. Effacement des plis complets au niveau de l'antré et des faces. Aspect érythématopultacé de la petite courbure qui sur deux ou trois centimètres au-dessous du cardia est mamelonnée, œdématiée Myxorhée sur l'ensemble du fundus sans extraction de liquide à jeun. Muqueuse plutôt pâle.

Le malade, représentant de commerce, a échappé à notre contrôle..

OBSERVATION V

Communiquée par M. François Moutier

Plaz... Olga, 32 ans. Depuis de nombreuses années, œdème de Quincke, avec des poussées intermédiaires entre l'urticaire banale et l'œdème de Quincke. Les œdèmes atteignent les lèvres, ce qui est rare, et les bras : aux bras les crises sont fréquentes, le gonflement est énorme ; il n'est pas toujours prurigineux.

25 mars 1935. — Suc d'histamine : absence d'acide chlorhydrique et d'acidité libre.

GastroscoPie. — Gastrite atrophique modérée. Kinésie antropylorique normale ; muqueuse un peu pâle. Plis cérébroïde de la face postérieure peu accusés, de la face antérieure peu développés ; plis longitudinaux bien accusés. Rides circulaires seulement sur l'antré Etat craquelé de la petite courbure dans sa partie haute.

Mise au fer à hautes doses, la malade n'a pas eu de crises. (août 1935).

OBSERVATION VI

(Urticaire alimentaire avec atrophie légère)

Vah... Andrée, 39 ans, otites et angines. Mère morte diabétique. A 16 ans courte période d'anémie traitée par le fer et le repos. La mauvaise suite a commencé vers l'âge de 25 ans après une fausse-couche : pesanteur stomacale après les repas, constipation, insomnies, amaigrissement. Puis étouffements, palpitations, angoisses... Un enfant de 15 ans bien portant.

Ex., le 14 Fév. 1936. — Urticaire depuis 4 ans, qui a beaucoup augmenté depuis quelques mois. La crise survient aussitôt après le

repas, presque pendant. Elle est déclanchée par presque tous les aliments : la malade cite en particulier le veau et le porc (rôtis) et toutes les crudités, y compris les oranges douces et les marmelades de pommes et les salades. Elle dit que le très sucré est aussi nuisible que l'acide. Si elle ne boit que de l'eau (au lieu de prendre du vin et du café) l'urticaire s'améliore beaucoup. L'urticaire est généralisée surtout intense à l'omoplate droite. Très grand état nerveux qui date de longtemps mais exagéré depuis deux mois. Tremblements menus, yeux un peu basdowoïdes (le métabolisme basal est nettement diminué depuis quinze jours) toute lecture est impossible, car les caractères sautent. Sueur très abondante, urine en quantité minime, depuis deux ou trois crises d'amaigrissement suivies de reprises. Assez souvent, crises nerveuses, troubles consistant en vertiges qui surviennent même si la malade est au lit ; sensation de froid intense qui ne disparaît qu'après plusieurs heures. Impression de marcher sur un sol mou. La malade raconte que, sans être aussi intenses, ces vertiges existent depuis longtemps et qu'ils étaient suivis de migraines atroces durant 2 à 3 jours. Angoisses fréquentes. Crises de douleurs partant du rein droit et remontant à l'omoplate et jusqu'à la nuque.

Se plaint de cyanose et d'œdème sus-malléolaire (qui n'existe pas les jours que nous avons examiné la malade). Lors de l'examen, érythème pudique très étendu et intense. Les règles ont été très abondantes ; actuellement normales. Puberté à 15 ans 1/2. A été traitée pour cystite avec pollakiurie sans polyurie.

Digestions mauvaises. Souvent, dès qu'elle a mangé un peu, la malade cesse d'avoir faim et il lui semble que les aliments ne veulent plus descendre : resserrement de la gorge. Anorexie. A 7 heures du soir, le déjeuner de midi semble encore rester dans l'estomac. Constipation (corrigée par le boldo). Porte une ceinture à pelotes. A l'examen, la limite inférieure de l'estomac paraît trop basse, douleurs vives au palper du triangle de Chauffard avec contractures de la partie supérieure du muscle grand droit. Suc gastrique d'histamine = achlorhydrie (p).

Gastroscopie, 21 Février 1934. — Si l'insufation reste très modérée, l'estomac apparaît très plissé, les plis sont même si gros qu'on les croirait œdématisés. Mais après l'insufflation convenable, les plis disparaissent presque en totalité, il ne reste que 2 ou 3 Y de grand parcours au niveau de la zone cérébroïde de la face postérieure. La face antérieure est lisse. Aucun vaisseau n'est visible. Aucune fragilité. Couleur normale. — Estomac de grandes dimensions libérant l'air. Kinésie normale. Ça et là sur la muqueuse, se voient de très petites dépressions ponctiformes non ulcérées. Pas de lac muqueux.

Piliers bien dessinés malgré la grande dimension de l'estomac. En résumé, très forte hypotonie et atrophie légère de la muqueuse.

La radioscopie a montré un estomac normal et intestin ptosé. W. (—). Vernes résorcine 18. Urines normales. Métab. basal —29,7. Acides biliaires du sang = 0. Urée 0,38. L'élimination de P.S.P. diminuée (20 %). Cholesterol 1,35.

Sang. Gl. r. 4.653.000, Hg. 80, Vgl. 0,86, taille normales. Gl.bl. avec très légère microcytose et quelques rares macrocytes ; formule normale de l'ensemble. Quelques rares macrocytes et hématies allongées. Réticulocytes 2 %. Plaquettes 37.000. Gl. bl. 12.600. Neutro. 73,5 (Arneth 16, 34, 36, 13, 1). Eosino 0, baso 1,5. lympho 4 (0,5 petits), macrocytes 21 (3 à gauche). Coag. 20. Rétraction normale. Sérum abondant de couleur normale. Temps de saignement 2'. Lacet négatif.

La malade a déjà vu de très nombreux médecins et les traitements qui ont été prescrits y compris des traitements homéopathiques et les cures thermales ont été accusés de produire des troubles graves, depuis les plaques violettes malléolaires jusqu'à des syndromes digestifs et des crises syncopales. Nous n'avons pas échappé à la règle : Nous avons prescrit du fer. Après l'ingestion du premier « dit », la digestion est arrêtée ; un parceil aussi a été suivi de malaise intense (refroidissement, asthénie cardiaque). Souvent la malade nous demande son observation afin de se confier à un autre médecin.

OBSERVATION VII

Cas spécial de purpura avec urticaire

Bess... Marcel, 34 ans, en traitement de syphilis depuis 12 ans. W. (—). Depuis 1922, c'est-à-dire trois ans, poussées purpuriques répétées au cou-de-pied, à la partie inférieure de la jambe et (exceptionnellement) aux cuisses. Les poussées, d'abord espacées, sont devenues plus fréquentes depuis 6 mois et surviennent maintenant tous les deux jours. Ce sont des taches érythémato-purpuriques : il s'agit d'un purpura inflammatoire évident, comme le confirme d'ailleurs la biopsie (infiltrat leucocytaire périvasculaire). Mais ce purpura inflammatoire est très spécial, en ce que les petites taches sont rares et absentes et la plupart des plaques sont en grandes trainées, on dirait des « stigmates ». — Le Docteur Tineel n'a trouvé aucun trouble sympathique.

L'influence alimentaire n'est pas nette, celle de l'orthostathisme est difficile à préciser puisque le malade n'est pas alité, mais elle sem-

ble minime. L'acide acéthylsalicylique déclanche régulièrement une poussée après ingestion de 0,50.

En même temps que ce purpura a commencé de l'urticaire ; les poussées surviennent tous les 3 à 4 jours, surtout le soir vers 23 heures. Plaques blanches typiques, *cette urticaire ne se purpurise pas*. Elle n'apparaît guère que sur les fesses et les jambes.

Crises, vives démangeaisons pendant la poussée, le malade se réveille guéri, le lendemain matin. L'urticaire est alimentaire ; son intensité a diminué depuis que le malade suit un régime composé de bœuf et de veau, de pommes de terre à l'eau, peu de fruits. Les autres aliments provoquent les crises. Parfois nodules, rappelant en petit l'œdème de Quincke, localisés presque toujours au dos du pied, larges comme des pièces de deux francs, très prurigineuses.

Point de côté thoracique gauche avec syndrome de cellulite neuro-végétatif. Auscultation (—). La radio montre une tache calcifiée de la partie inférieure du poumon gauche et une ombre bien limitée, grosse comme une petite mandarine au hile gauche, c'est-à-dire le type en complexe primaire. Cœur et autres organes normaux. Tension 15 1/2 — 7.

Malade très nerveux et très émotif. Herpes récidivant.

Digestion normale, mais lente, si le malade suit un régime hypochlorhydrique.

Gastroskopie, 16 Décembre 1935. — Estomac immense ; hyper-sécrétion formidable (rideau glaireux), muqueuse un peu pâle, pas de purpura ni de fragilité. Plis bas mais ne manquant complètement nulle part = atrophie légère.

Le 30 Décembre 1935. — Le malade a pris, depuis 10 jours, 3 gr. par jour de protoxalate de fer. Il a eu quelques points urticariens ; mais « cela n'a rien de comparable à ce qui se passait avant », bien que l'alimentation est depuis composée des aliments qui, avant le traitement, déclanchaient l'urticaire.

Actuellement, peu de purpura ; rien aux jambes, seulement une petite tache sur le prépuce. Cuti-tuberculinique positive modérée.

Le 8 Janvier 1936. — Le fer étant continué aux mêmes doses, le malade n'a plus eu ni urticaire ni purpura : jamais encore cela n'étant arrivé depuis 3 ans.

Le 20 Mars, l'urticaire reste guéri, mais le purpura a repris léger aux chevilles.

OBSERVATION VIII

Guer... Camille, femme de 36 ans, grosse et congestive.

17 Décembre 1934. — Syphilis ancienne qui n'est plus du tout traitée depuis 3 ans ; Wassermann négatif. Ictère il y a quinze ans après une série de 914, suivi de rechute. Soignée pour des troubles intestinaux (douleurs vagues, constipation opiniâtre) depuis sa jeunesse. Il y a huit mois, cystite attribuée au colibacille. Depuis dix ans, urticaire. L'apparition des crises paraît spontanée et sans rapport avec l'alimentation ni aucune autre circonstance. Parfois, trois ou quatre mois se passent sans éruption ; puis l'urticaire reparaît. Les crises sont alors le plus souvent quotidiennes, parfois il en survient plusieurs dans la journée. Elles sont généralisées ou partielles.

Les membres inférieurs et les paupières, alors gonflées, sont les régions les plus souvent atteintes. Ce matin, on voit une petite crise caractérisée par une éruption d'urticaire papuleuse typique sur les deux cuisses. Langue et gorge normales. Cœur normal ; tension 16-11 au Pachon. Poumons normaux. Organes génitaux normaux. Constipation habituelle et le plus souvent opiniâtre. Pesanteurs légères après les repas ; rectum normal.

Sur d'histamine : présence d'HCl ; acidité libre 0,9 ; acidité totale 1,8 ; ph. total 4 ; hypochlorhydrie ; sécrétion assez abondante.

Gl. r. 3.792.000 ; hémoglobine 80 ; valeur globulaire 1,05, donc légère anémie normochrome ; aspect de hématies normal ; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 196.000, normales. Leucocytes 7.200, Neutrophiles 68,5 (Arneth 4, 21, 45, 28, 2). Eosinophiles 0,5. Basophiles 0,5. Lymphocytes 11,5 (5,5 petits). Monocytes 19 (16,5 sans grains azur).

La malade a refusé la gastroscopie et n'a pas été revue.

OBSERVATION IX

Arz... Esther, 44 ans. Urticaire digestive : achlorhydrie. 25 octobre 1935. Bien portante jusqu'en 1932. A cette époque, péritonite rapide avec ascite. Un Wassermann est positif total. Une injection faible de novarsénobenzol déclanche le lendemain un érythème prurigineux ; l'ingestion de stovarsol a le même effet. On fait alors deux séries de 12 injections de muthanol (bismuth) qui sont bien supportées et guérissent la péritonite. A la troisième série, apparition d'urticaire.

En Août 1933, irido-kératite syphilitique. Le spécialiste conseille un traitement antisiphilitique actif. Les premières injections de bismuth aggravent les poussées urticariennes. On fait des frictions mercurielles qui améliorent vite l'iritis, n'exagèrent pas l'urticaire, mais provoquent localement une réaction rouge douloureuse. Depuis lors, le Wassermann est toujours resté positif ; la malade a reçu des doses faibles de bismuth ; presque chaque mois poussées orteillées.

Actuellement, les yeux vont bien, mais l'urticaire est presque continue ; éruption typique généralisée. Cette éruption dermique typique s'accompagne généralement de gros œdèmes de quinquinaux des yeux ou des lèvres. Les poussées se produisent surtout vers 20 heures. Elles sont aggravées par l'absorption d'œufs, de charcuterie, de poissons. Elles sont diminuées par la diète hydrique (non continuée plus d'un jour). L'effort, l'échauffement, ne provoquent pas d'urticaire. Tout ce qui est acide, comme le vinaigre, le pain, etc..., ne lui donnent pas spécialement d'urticaire, mais provoquent des brûlures au creux épigastrique.

La malade dit qu'elle digère bien. Tout est normal, sauf le réflexe achilléen droit qui est aboli, et la tension artérielle qui est très haute (25-13 au Vaquez). — Wassermann + + +.

Gl. r. 4.384.000 ; Hg. 80 ; Vgl. 0,92 ; aspect normal, réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 312.000. Gl.bl. 7.800. Neutrophiles 70 (Arneth 16, 28, 35, 20, 1). Eosinoph. 0,5. Basophiles 1. Lympho. 2 (1 petit). Monocytes 26,5 (7 grains azur ; 3,5 en déliquescence).

Suc d'histamine 30 Octobre 1935. — HCl 0 ; ac. libre 0 ; ac. totale 0,5 ; CHI total 3,2. — Acides biliaires du sang = néant.

La malade ne s'est pas rendue à la gastroscopie.

Le 3 Janvier 1936, la malade, indocile, n'a pris qu'un cachet d'un gramme de fer par jour ; sous prétexte qu'on lui a dit de le prendre au milieu du repas et qu'elle mange très peu. L'urticaire persiste, un peu atténuée.

OBSERVATION X

And... Elizabeth, 24 ans, institutrice. 19 décembre 1935.

a) Depuis l'âge de 2 ans, herpes récidivant de la face, le plus souvent du côté droit occupant la joue, le nez ou l'oreille. Cet herpes est tantôt typique, tantôt avorté ; c'est alors constitué surtout par une plaque rouge. Pendant 5 à 6 ans et jusqu'à il y a 2 ans, l'herpes est revenu une huitaine de jours avant les règles (celles-ci normales de

rythme, de durée et d'abondance). Puis, à la suite d'une cure thermique, disparition pendant 2 ans. Reprise depuis plusieurs mois, par poussées moins rythmées et plus fréquentes. — Bien que nous ayons vu cet herpès à l'oreille, il apparaît évident que le malade confond actuellement et son herpès ancien et son urticaire nouveau.

b) L'urticaire existe depuis un an et est devenu presque quotidien depuis 3 à 4 mois. Il survient surtout le jour et à la fin des repas. Il consiste régulièrement en crises de prurit surtout localisées au cou, à la tête et parfois à l'avant-bras. Objectivement plaques rouges un peu surélevées qui, généralement, prennent l'étendue d'une paume de main. Les poussées durent de quelques heures à plus d'un jour.

c) Troubles dans l'hypochondre droit et l'épigastre qui ont fait il y a 5 ans, soigner la malade pour le foie. Depuis cette époque, régime avec beaucoup de légumes verts, suppression de la charcuterie, etc... — Par périodes espacées d'environ trois semaines, douleurs et crampes d'estomac qui commencent peu après le repas de midi et durant toute la journée, et qui la nuit, réveillent le malade à 1 heure du matin. La malade précise que la fin de la crise dernière (qui n'est pas une crise ulcéreuse ni vésiculaire, comme l'ont montré les examens) a coïncidé exactement avec la recrudescence cutanée de l'urticaire. — La malade ne digère pas le lait (douleur gastrique, malaise général). — Examen abdominal négatif.

d) A 18 ans, hydrarthrose spontanée du genou qui a duré un mois et a laissé pendant un an des douleurs locales.

Il y a trois ans, crise de dépression intense. — La malade se plaint toujours de douleurs dans la colonne dorso-lombaire, sans signe physique. — Tachycardie (émotivité extrême) souffle anorganique médiocardiaque. — Malade très nerveuse et très sportive ; elle ne s'es-souffle pas.

Sang : 19 décembre 1935. — Gl. r. 5.072.000 ; Hg 95 ; Vgl. 0,33 ; aspect normal ; réticulocytes 2 %. Plaquettes 284.000. Gl. bl. 9.800 ; Neutro. 73,5 (Arneth 12, 45, 39, 4, 0) ; Eosino. 0,5 ; Baso. 0,5 ; Lympho 11,5 (7 pet.) ; Mono. 13,5. Coagulation en petits tubes 16' ; rétraction normale ; saignement 4', lacet positif moyen.

Le 26 décembre 1935. — Suc gastrique d'histamine : Hcl. libre 0 ; Ac. tot. 0,2 ; Chl. tot. 3.

Gastroscopie. — Estomac petit, tolérant à l'air, antre et pylore ouverts immobiles. Muqueuse très pâle. Face ant. complètement lisse ; face post. présentant des plis cérébroïdes extrêmement réduits. Mu-

queuse non fragile. Résumé : gastrite atrophique. Sérum de couleur normale ; pigments biliaires normaux ; acides biliaires 0,24 0/00 ; W (—). Cutituberculinique positive.

Le 16 Janvier 1936. — A pris pendant les 13 derniers jours 4 gr. de protoxalate de fer par jour. — Le résultat le plus apparent, insiste la malade, est que les digestions sont devenues parfaites et l'appétit formidable (alors qu'avant, la malade n'avait guère faim). L'herpès survient toujours; cependant, dit la malade, il n'évolue plus au lieu de persister 8/10 jours, il disparaît en 6 à 8 heures, nous nous demandons si, en raison de localisation à l'oreille, la malade ne confond pas herpès et urticaire.

Il n'est plus apparu d'urticaire, mais la malade se démange comme si elle avait encore de l'urticaire. Les crises de prurit *sin materia* (et sans même plaques rouges) surviennent n'importe où, mais surtout au cou et à la tête, et n'importe quand; chaque crise dure une ou deux heures ; une nouvelle crise revient après quelques heures ou un à deux jours.

Second tubage, 8 Février 1936 = HCl. 1, Ac. tot. 1,8; CHl. tot. 4.

OBSERVATION XI

Urticaire digestif avec hypochlorhydrie et atrophie légère de l'estomac, qui est congestionné.

Oc... Edouard, 39 ans, instituteur, 15 Janvier 1936. — Il y a 2 ans, vives douleurs d'estomac apparaissant 1 heure après le repas, durant 1 heure, acidité, guérison en quelques mois par le régime. Furonculose à répétition en 1915 et 1916 et depuis 3 ans. Depuis un an, un urticaire d'abord modéré, puis intense ; les poussées ne surviennent pas tous les jours, mais généralement après un à trois jours d'intervalles. — La poussée commence vers 21 heures, le matin tout est fini. — Les crises sont fortes et formées de très grosses cloques. Rarement quelques papules, l'après-midi si le malade s'énerve ou se fatigue.

La course ne provoque pas l'urticaire, de même l'échauffement. Cependant les grandes chaleurs semblent provoquer des poussées. Le malade attribue son urticaire à une grande émotion qu'il a eue il y a un an (accident à sa fille). — Il est difficile de savoir le rôle des aliments, habituellement nocifs, car depuis des années, le malade ne mange que des viandes grillées (veau, bœuf), des pâtes, purées, légumes et fruits. Un œuf a déclenché une crise intense.

Actuellement, digestions parfaites, mais tous les 4 à 6 jours, spasmes douloureux de l'œsophage qui dure quelques secondes. — Organes normaux. Tension : 17-9, grandes oscillations au Pachon.

Sang : Gl. r. 4.400.000 ; Hg. 90 ; Vgl. 1,02 ; Gl. bl. 9.400 ; Neutro 65 ; Eosino. 1 ; Lympho. et petit mono. 0,92 ; Urée 0,51 (à l'examen continu, on a trouvé 0,59, dit le malade) ; W. (—).

Suc gastrique à jeun, le 18 Janvier 1936. — HCl libre 1,20 ; acidité totale 3,79. Suc d'histamine : HCl libre 3,06 ; Acidité totale 3,54. Cl. total 4,26.

GastroscoPie, 19 Janvier 1936. — Estomac grand, piliers de l'antré faiblement indiqués ; antré petit et court (hypertonie totale peut-être). — Le pylore ne se ferme jamais complètement. Tolérance à l'air parfaite, aucune papillite de la muqueuse. Plis bas... rares sans toutefois être effacés à une distension poussée. Fait assez exceptionnel, les plis de la paroi postérieure sont à peine plus indiqués que ceux de la paroi antérieure, cela est particulièrement net et remarquable au niveau de la région cérébroïde de la face postérieure qui n'est guère parcourue que par des plis longitudinaux. On peut conclure : une gastrite atrophique au 1^{er} stade. En outre, l'estomac est plus foncé que normalement ; il est coloré en rouge brun, il paraît aussi plus mat.

24 février 1936. — Prend du fer réduit depuis un mois, 3 puis 5 grs. par jour. Résultat excellent pour l'estomac. (bonnes digestions, disparition des spasmes œsophagiens et pour l'état général se sent alerte). Urticaire aussi fréquent, mais crises formées d'éléments plus petits mais nombreux et ne durant qu'une heure (au lieu de deux) et même reste 4 jours sans crises.

Le 30 mars 1936. — Le malade a pris 5 cachets de carbonate de fer par jour, il a cessé d'en prendre depuis 14 jours ; depuis 2 jours il prend un peu d'acide chlorhydrique avant chaque repas.

L'appétit normal, digestions très bonnes « estomac magnifique » cependant le malade est un peu maigre et se sent fatigué (cette fatigue est peut-être due à un excès évident de travail).

Depuis que le malade a pris du carbonate de fer, les selles sont régulières et tout-à-fait normales. A eu moins d'urticaire : il en a encore tous les soirs, mais très peu et fugace. Il est à remarquer que l'éruption qui prédominait auparavant à la colonne vertébrale a abandonné cette région presque complètement et occupe maintenant la région scapulaire et les avant-bras.

OBSERVATION XII

B) URTICAIRES DURANT DEPUIS 2 A 8 MOIS

Céc... Léontine, 55 ans. 14 Juin 1935. Antécédents ; depuis l'âge de 25 ans asthme tous les printemps ; a fait une série de cures au Mont-Dore ; actuellement l'asthme a presque disparu ; il n'est plus représenté que par de petites oppressions. En 1931, diabète très léger (traces de sucre dans les urines). Jamais d'ictère ni de douleurs hépatiques. En août 1934, infection appelée fièvre paratyphoïde. A l'âge de 41 ans, appendicectomie et hystérectomie totale (fibrome avec hémorragies) ; règles normales. Première crise d'urticaire qui n'a duré qu'un jour au cours de la fièvre paratyphoïde en août 1934.

Le 2 Janvier 1935. — Sans aucune raison, urticaire. Depuis, poussées plusieurs fois par jour. Souvent le matin au lever ; le soir l'urticaire est un peu moins marquée. La malade précise qu'elle a une vive poussée d'urticaire à l'heure des repas et cela même quand elle ne mange absolument rien.

Chaque élément d'urticaire dure quelques heures ; il en revient sans cesse de nouveaux, de sorte que jamais le corps n'est libéré. L'éruption est généralisée. Elle est polymorphe, formée de papules arrondies, de larges éléments irréguliers et bordés et aussi de gros œdèmes du type Quincke sans lésions superficielles (lèvres, yeux). Le prurit est vif.

Réglée à 17 ans ; règles un peu irrégulières, souvent en retard, peu abondantes, durant deux jours. Trois à quatre jours avant les règles, prurit et urticaire s'exagèrent.

Grande émotivité ; colères faciles ; insomnie. Petit bruit présystolique à la pointe ; tension 17-10 (malade très émue pendant l'examen). Rate normale. Rien d'autre à signaler. Wassermann et autres réactions négatives.

Gl. r. 4.344.000 ; Hgl. 90 ; Vgl. 1,03 ; aspect normal. Réticulocytes 0,3 %. Plaquettes 298.000, normales. Gl. bl. 6.650 ; Neutro 56,5 (Arpeth 10, 14, 38, 28, 10, granul. normales ; Eosino. 1. Basophiles 2. Lympho. 10 (6,5 petits). Monocytes 30,5 (18,5 sans grains azur).

Suc gastrique d'histamine : sécrétion bonne mais immédiate et tarie après 20-30. Absence d'HCl. Ac. libre 0 ; Ac. totale 1,1 Cl, total 4,9.

En raison de la date du premier examen, la gastroscopie ne peut être faite. On prescrit pour commencer 3 grammes de protoxalate de fer par jour. Le médicament est bien supporté ; il ne provoque pas de diarrhée.

L'effet sur l'urticaire a commencé de se faire sentir après cinq jours. L'urticaire s'est améliorée. Elle n'apparaissait plus qu'une petite pousée le soir. Elle a complètement disparu le 15 août, c'est-à-dire après 9 jours de traitement. Les règles sont venues du 16 au 20, mais la malade n'a perdu que quelques gouttes de sang. Les 21 et 22 août, est survenue le soir une très. courte et légère éruption aux lombes. La patiente est revue le 23 août ; on augmente la dose de fer.

Le 9 octobre 1935. — Disparition complète de l'urticaire sauf très fugace et dicrète pousée au moment des règles. A maigri.

OBSERVATION XIII

Seg... Mathilde, 18 ans, vendeuse. 11 Janv. 1936. Père, mère et sœurs normaux. Malade de taille moyenne, de forte structure et assez grasse. Erythème induré de Bazin typique depuis plusieurs années. Sur le thorax, pityriasis versicolor qui s'anime au moment des règles. Règles douloureuses le 1^{er} jour et abondantes (8 jours); au toucher rectal, cul de sac droit douloureux avec une tumeur qui semble être l'ovaire. Cutituberculinique négative.

Depuis 4 mois, œdème de Quincke atteignant surtout la face, les yeux et le cou et survenant presque tous les jours. Régime et divers traitements sans résultats aucun. Certains aliments comme le poisson exaspèrent l'intensité des poussées.

Langue normale. Digestions médiocres : commençant tout de suite après les repas et durant à une à deux heures, céphalée congestive (seulement depuis qu'est apparu l'œdème de Quincke). Au palper abdominal, douleur légère cœco-annexielle.

Sang : 11 Janv. 1936. — Gl. r. 5.312.000 ; Hg. 95 ; Vgl. 0,89 ; aspect normal. Plaquettes 244.000 ; Gl. bl. 4.800. Neutro 56,5 (Arneth 10, 35, 44, 10, 1). Eosino 1,5. Baso 0,5. Lympho 10,5. (7 petits). Mono 31 (5,3 à granul.) Acides biliaires 0,016 0/00.

Suc gastrique d'histamine 12 janv. 1936. — Hel. O., Ac. Lacto O CHI tot. 3,6.

Gastrocopie 13 janv. 1936. — Forte intolérance à l'air, hyperkinésie antropylorique ; belle contraction spirale de l'antré, pas de papillite de la muqueuse. Plis cérébroïdes de la face postérieure normaux, mais de la face antérieure en amont du pilier antérieur ne présente que quelques plis très bas à peine indiqués. Donc, atrophie très légère.

Le 29 Janv. 1936, depuis 15 jours, la malade prend 4 grs. de protoxalate de fer, par jour. Amélioration nette. En 15 jours, trois crises seulement d'œdème de Quincke et ses crises ont été plus courtes (une heure seulement au lieu de plusieurs) et le gonflement fort minime. — La malade a toujours faim ; elle a un peu maigri bien qu'elle mange beaucoup.

Le 17 fév. 1936, essai malheureux de 6 grs. par jour (diarrhée). Malgré cette période d'intolérance et que le fer soit cessé depuis 8 jours, la malade n'a eu depuis 3 semaines qu'une seule crise d'œdème de Quincke et cela pendant la période qu'elle avait de la diarrhée et le lendemain d'un repas avec œufs.

Le 3 mars 1936, depuis la dernière enflure n'a eu d'urticaire qu'une fois cette semaine avant les règles (surviennent il y a 3 jours avec 8 jours d'avance). Prend 5 cachets par jour de carbonate de fer.

Le 30 Mars 1936, urticaire disparue. La malade continue le traitement. *Le 17 mai 36*, guérison presque complète. La malade a eu une petite crise courte il y a 6 jours. Depuis rien.

OBSERVATION XIV

Esk... Richard, 46 ans, forain, 27 février 1935. Œdème de Quincke. Syphilis ancienne, en traitement irrégulier. Depuis deux mois, trois crises œdémateuses, la première très forte, la seconde un peu moins, la troisième un peu moins forte. C'est cette troisième crise que nous voyons. Comme les précédentes, elle occupe les deux paupières inférieures et les régions voisines ; c'est un œdème urticarien typique. Début brusque, sans cause apparente ; après un jour ou deux, affaissement progressif, durée totale 7 à 8 jours. Quand l'œdème a disparu, poches flasques sous les yeux qui, dit le malade, existent depuis longtemps.

Souffre de l'estomac depuis deux ans environ : crampes survenant deux heures après les repas ; souvent goût de bile dans la bouche ; parfois à la fin des crises rejet aqueux qui soulagent la douleur. Certains aliments (ragoûts^o ; choucroute, etc.) exagèrent beaucoup les douleurs.

GastroscoPie. — Examen très complet. L'estomac est géant. Kinésie antropylorique faible ; muqueuse non fragile ; couleur un peu pâle.

Aucun pli. Gastrite mamelonnée généralisée, extraordinairement régulière, à petits éléments. Cette gastrite est en même temps atrophique et l'on voit partout un réseau finement délié de petits vaisseaux. En résumé, atrophie de la muqueuse avec sclérose du mésenchyme et hypertrophie de la sous-muqueuse avec sclérose mamelonnée atrophique.

Traitement. — Trois grammes de protoxalate de fer par jour. Le 18 mars la digestion va beaucoup mieux ; le malade a même, pour se rendre compte, mangé de la choucroute et des ragoûts et les a parfaitement supportés. N'a pas eu de nouvelles crises d'œdème de Quincke. Dit que s'il a chaud ses paupières inférieures ont tendance à gonfler très légèrement.

OBSERVATION XV

(L'Observation suivante ne comprend pas de gastroscopie)

Piri... Suzanne, 32 ans, 5 août 1935. En février dernier, sans cause apparente, est apparue le soir une éruption très prurigineuse d'urticaire typique. Depuis, l'urticaire disparaît ici, réapparaît ailleurs, sans cesse. Traitements divers à l'hôpital Saint-Louis (auto-hémothérapie, calcium, etc.) sans aucun résultat. L'urticaire disparaît si la malade se met à la diète complète.

L'examen ne montre ce matin que des rougeurs avec petites croûtelles de grattage. Digestions lentes, pesanteurs après les repas ; amaigrissement de 10 kilos depuis un an. Langue normale.

La malade a bon appétit et digère bien depuis qu'elle a supprimé les fritures. Elle est très constipée.

A toujours été nerveuse. Femme de taille moyenne, assez grasse bien qu'elle ait beaucoup maigri depuis un an. Tension 11, 5-8, 5 au Vaquez (la faible tension a été remarquée depuis longtemps). Rien d'autre à signaler.

Gl. r. 5.088.000°; Hgl. 95 ; Vgl. 0,93 ; aspect normal ; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 328.000, normales. Gl. bl. 9.000. Neurotrophiles 71,5 (Arneft 20, 30, 44, 3, 0) ; granul. normales. Eosi. 0,5. Lymphocytes 10 (6 petits). Monocytes 18 (8,5 sans grains azur). Temps de saignement raccourci : 2'.

Suc gastrique d'histamine : acide libre +, acidité totale 3 ; CHl. total 4.

Gastroscopie faite le 19 juin : forte gastrite atrophique diffuse. Toute la muqueuse est atrophiée ; même les plis cérébroïdes de la face

postérieure sont complètement effacés ; muqueuse lisse extrêmement luisante et humide ; un peu pâle ; non fragile. Sur cette muqueuse s'élève un réseau vasculaire sombre, gorgé de sang, il n'y a pas de faibles pénicillations, mais seulement des troncs flexueux, à la fois très visibles et semble-t-il, dilatés. Mouvements antro-pyloriques normaux (Dr. François Moutier).

Avant le résultat des examens, on avait prescrit 5 unités d'insuline Byla matin et soir pendant 22 jours en 2 séries.

Le 19 Juin, on ajoute 3, puis 5 grammes de protoxalate de fer par jour. Régime : viandes grillées ou rôties, de préférence, rouges, légumes, fruits, pâtes^o ; pas de pain.

Le 18 juillet, la malade revient très contente ayant reçu 24 injections d'insuline et pris 100 cachets de fer. L'urticaire est très améliorée. Elle n'apparaît plus le jour. La nuit la malade est de façon régulière réveillée à 2 h. 1/2 par des démangeaisons. Au réveil nouvelle poussée qui se termine une heure après le premier déjeuner. Très diminuée l'urticaire est toujours a vacuo. L'aspect aussi de l'urticaire s'est modifié ; il ne s'est plus formé de « grosses boules » d'œdème de Quincke.

La malade a toujours bon appétit. N'a ni engraisé ni maigri. Mine excellente : « tout le monde lui en fait compliments » ; elle est fraîche et rosée alors qu'avant elle était grisâtre.

Gl. r. 5.680.000 ; Hgl. 100 ; Vgl. 0,88° ; aspect normal, sauf quelques très rares microcytes ; réticulocytes 1 %. Plaquettes 412.000, normales. Gl. Bl. 8.200. Neutrophiles 69 (Arneth 11, 44, 39, 6, 0). Eosino, 0 ; Base, 0 ; Lympho, 8,5 (4,5 petits). Mono. 22,5 (17,5 sans grains azur).

On prescrit de monter à 8 grammes de protoxalate de fer par jour.

Le 2 août 1935. — La malade a dû après 8 jours, descendre à 6 grammes pour éviter le mal d'estomac et la constipation opiniâtre. L'état est stationnaire. Ces jours-ci il y avait peu d'urticaire ; l'éruption de ce matin était généralisée.

Le 18 août. — La malade a pris 6 (parfois 7) grammes de protoxalate de fer par jour. Elle se porte bien, mais a toujours de vives démangeaisons et des éruptions d'urticaires. Les crises surviennent à 2 h. 1/2 du matin et durent jusqu'au matin ; calmées par la toilette après ablutions d'eau chaude. Aujourd'hui, l'après-midi, a une éruption typique généralisée, à éléments assez espacés. Bonnes digestions. On essaie un traitement pancréatique.

Le 8 septembre. — L'urticaire est atténuée, mais la crise nocturne persiste.

Réflexions sur certaines particularités des observations

1°) *La durée de la maladie (lors du premier examen).*

10 ans, 1 cas — 8 ans, 1 cas — 6 ans, 2 cas — 4 et 3 ans, 1 cas — 2 ans, 2 cas — 1 an, 2 cas — moins d'un an, 4 cas.

2°) *Le sexe et l'âge des malades.*

Sexe : 11 femmes et 4 hommes.

Age : de 18 à 56 ans : moins de 20 ans, 1 cas — de 20 (inclus) à 30, 3 cas — de 30 (inclus) à 40, 7 cas — de 40 à 50, 2 cas — de 50 à 60, 2 cas.

3°) *La variété clinique d'urticaire.*

Nous avons réuni les cas d'urticaire vulgaire et deux d'œdème de Quincke. Les deux affections ne se distinguent que par le siège de l'effusion séreuse, qui est dermique dans l'urticaire vulgaire et hypodermique dans la maladie de Quincke. La fréquence relative des deux syndromes est la suivante :

Durée de la maladie ■→	+ de 2 ans	8 mois à 2 ans	2 mois à 8 mois	Totaux
Urticaire vulgaire	5	2	1	8
OEdème de Quincke	2	—	2	4
Les deux réunis	2	—	1	3

Un cas particulier est celui de Bes... Marcel, l'urticaire s'associant à un purpura inflammatoire des membres inférieurs.

4°) *La variété de l'atrophie gastrique :*

Gastrite atrophique en aire nacrée : 0 cas.

Gastrite atrophique diffuse simple : 11 cas.

Gastrite mamelonnée atrophique : 1 cas.

La gastrite atrophique diffuse est généralement totale ; elle peut être localisée à une région de l'estomac (par exemple dans le cas 3, l'atrophie étant purement fundique, l'antrum reste normal).

La gastrite mamelonnée atrophique est un syndrome très particulier puisqu'il amène l'hypertrophie inflammatoire de la muqueuse à son atrophie ; cette évolution atrophique d'une gastrite mamelonnée se reconnaît à la disparition des plis, un surbaissement des mamelons et l'aspect lisse de leur surface.

5°) *L'intensité de l'atrophie gastrique.*

Si l'on donne, un peu artificiellement, les numéros 1, 2, 3, aux gastrites atrophiques, légères, moyennes et fortes, ces dernières s'accompagnent généralement de péricillations vasculaires bien visibles — on peut résumer ainsi les résultats des examens gastroscopiques : (Les gastrites mamelonnées atrophiques ont le numéro 1, comme les gastrites atrophiques, simples et légères).

Gastrite atrophique N° 1 : 4 cas.

— — N° 2 : 2 cas.

— — N° 3 : 6 cas.

Par rapport à la durée de l'urticaire, les cas se répartissent ainsi :

	N° 1	N° 2	N° 3
Moins de 8 mois	2	—	1
8 mois à 2 ans	1	1	—
2 ans à 5 ans	2	1	1
5 ans et plus	—	1	3

Il n'y a donc pas de liaison absolue entre l'intensité de l'atrophie et la durée de la maladie. Dans l'ensemble, cependant, les vieux urticariens ont plus de chance que les récents d'avoir une atrophie gastrique forte.

Par rapport à l'âge des malades, les cas se répartissent de cette façon :

	N° 1	N° 2	N° 3
Sujets de 18 à 29 ans.....	2	1	1
» » 30 à 39 ans.....	2	1	1
» » 40 à 49 ans.....	1	—	—
» » 50 à 60 ans.....	—	—	2

6°) *Le suc gastrique.*

Le suc gastrique (après épreuve de l'histamine) est achlorhydrique (ou très hyper) 9 fois ; à peu près normal 1 fois ; hypochlorhydrique ou tendant vers l'hypo 2 fois.

7° *Comparaison entre le suc gastrique et l'aspect gastrosopique.*

La règle générale est la suivante : *Chez les urticariens* : une gastrite atrophique s'accompagne d'achlorhydrie (ou hyperchlorhydrie forte). Et, si nous n'avions pas limité notre travail aux cas avec atrophie gastrique, nous aurions pu montrer par de nombreuses observations que la réciproque est vraie : *Chez les urticariens* : une muqueuse gastrique normale secrète un suc gastrique normal.

Mais la règle de concordance comporte une atténuation et des exceptions :

L'atténuation est que l'intensité de l'achlorhydrie n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'atrophie gastrique.

L'absence d'acide chlorhydrique libre coïncide par exemple, dans le cas (4) avec une atrophie gastrique très légère.

Les exceptions sont les gastrites atrophiques fortes qui, bien qu'atteignant le fundus, s'accompagnent d'une chlorhydrie à peine inférieure à la normale (cas 1) ou même exagérée (cas 2). On sait que des faits analogues s'observent plus fréquemment dans d'autres affections, et, malgré de nombreuses études, toutes les conditions de la sécrétion acide de l'estomac ne sont pas éclaircies.

III

L'urticaire avec atrophie gastrique est toujours une urticaire digestive.

Dans la majorité des cas, le caractère digestif de l'urticaire est évident. Les poussées sont déclanchées par les aliments, tantôt presque tous les aliments, tantôt certains aliments comme la charcuterie, les poissons, etc... ; il n'y a rien là que de classique.

Dans d'autres cas, l'influence digestive ne saute pas aux yeux. Les malades affirment que leurs crises n'ont pas de rapport avec les aliments — un œuf, par exemple, dans une de nos observations — déclanchent une poussée immédiate et intense. Souvent aussi les poussées sont, sinon en totalité, du moins en majorité, nettement post-prandiales ; elles ont un horaire fixe, toujours le même, par rap-

port aux repas ou à l'un seulement des repas, celui, alors, en général, qui est le plus copieux et le plus riche en viandes et en graisses.

Plus rare est l'influence digestive si masquée que l'on ne saurait l'affirmer sans soumettre le malade à *l'épreuve de la diète hydrique*. M. Paul CHEVALLIER ordonne aux sujets de ne prendre, pour toute alimentation, que de l'eau pure pendant deux à trois jours ; en cas d'urticaire digestive, tout accident disparaît dès le premier ou le second jour.

Puisque toutes les urticaires chroniques avec atrophie gastrique sont digestives, deux questions se posent immédiatement :

a) toutes les urticaires digestives chroniques s'accompagnent-elles d'atrophie gastrique ?

b) l'atrophie gastrique existe-t-elle dans les urticaires chroniques non digestives ?

a) *Urticaires digestives avec estomac normal.*

Sur les quelques 35 cas d'urticaires examinés par M. Paul CHEVALLIER, il ne s'en trouvait aucun d'anciennes qui fut à la fois « digestif » et « avec estomac normal » ; les urticaires anciennes ont été jusqu'ici toujours soit digestives et avec atrophie gastrique, soit non digestives et sans atrophie gastrique.

On remarquera que les malades sont tous les deux des *hépatiques* avérés, la première a eu dans les dernières années plusieurs jaunisses et a encore 0 gr. 040 0/00 d'acides biliaires dans son sang, le second, barman alcoolique et tuberculeux cavitairé, a 0 gr. 020 d'acides biliaires dans le sang.

OBSERVATION I

Urticaire digestive. Estomac normal. — Air... Gilberte, 34 ans, employée. 24.3.36. Début depuis environ trois mois. Les poussées urticariennes surviennent exclusivement après le repas de midi, le plus copieux, et qui comporte de la viande et des graisses, et environ trois heures après. L'urticaire banale, siège surtout aux cuisses et à la taille, mais peut être généralisée, même à la face. La poussée dure plusieurs heures. Elle est augmentée par les règles, et surtout par certains aliments, en particulier le poisson et la charcuterie. Le chaud, le froid, l'effort, sont sans effet. Depuis 8 jours, l'urticaire apparaît aussi, et généralisé, le matin au réveil. — Organes normaux. Langue et digestion parfaites.

A 15 ans, aurait eu une poussée d'urticaire de quelques jours.

Opérée d'appendicite il y a cinq ans, opération suivie d'ictère bénin ; depuis deux autres périodes d'ictère, l'une après une angine, l'autre, il y a un an, sans cause.

Sang : 25.3.36. — Gl. r. 4.946.000, Hg. 90, vgl. 0,90. Plaquettes 312.000, Gl. bl. 9.000, Neutroph. 84,5 (Arneth 6, 29, 43, 21, 1). Eosinophiles 0,5, lymphocytes 4,5 (3 petits), monocytes 9 (7 sans granul.), acides biliaires du sang 0,040 0/00 (chiffre énorme) sans cholestémie.

Suc gastrique d'histamine : HCl libre 2,1, ac. totale 2,9 ; CHI total 3,8. Gastroscope 29.3.36. Estomac tout-à-fait normal.

Le 1.4.36. La malade prend depuis cinq jours 3 gr. de protoxalate de fer par jour. Elle est très améliorée ; elle a beaucoup moins de plaques et de démangeaisons.

OBSERVATION II

Ber... Louis, 41 ans, barman. 23 déc. 1935. Malade soigné depuis des années, pour tuberculose pulmonaire. Actuellement signes classiques fonctionnels et physiques d'une grosse caverne du sommet gauche. Etat général relativement bon ; doigts en spatule et ongles en verre de montre. Anorexie, langue sale mais bonnes digestions. Habitudes anciennes d'excès alcooliques, atténués depuis quelques années. Le malade prend des préparations de sang de cheval. Urticaire par crises subintrantes depuis un mois. D'habitude, crises sans cause apparente. Celle-ci, qui date d'hier, a nettement suivi l'ingestion de poisson. Aspect typique d'urticaire banale sur le tronc et les membres.

A partir du 24 décembre, le malade prend 2 grs. de fer réduit par jour. Disparition de l'urticaire depuis le 29 décembre. Quelques très minimes bouffées de prurit qui disparaissent à partir du 5 janvier environ. Depuis, la guérison se maintient ; le malade a continué le fer.

Sang 27 déc. 1935. — Gl. r. 5.008.000, Hg. 80, Vgl. 0,84, aspect normal. Plaquettes 256.000, gl. bl. 16.000, neutro 71, (Arneth 21, 46, 23, 10, 0). Eosino 3,5, lympho 4,5 (1 petit) monoc. 21 (10,5 sans granul). Acides bil. 0,020 0/00.

Suc gastrique d'histamine 24.12.35 : HCl 0, ac. total 0,7 — Chl. tot. 3.

Gastroscopie 6.1.1936. — Estomac rigoureusement normal.

Nouvel examen du suc gastrique 10.1.1936. Hcl. 1,1 — Ac. tot. 1,7 — Chl. tot. 3,6.

On remarquera que par l'analyse du suc gastrique, la teneur en éosinophiles et les réactions thérapeutiques, ces deux cas d'urticaires digestives récentes sans atrophie gastrique se sont comportés comme les urticaires digestives pures avec atrophie gastrique.

b) *L'atrophie gastrique dans les urticaires non digestives.*

Les urticaires non digestives n'ont aucun rapport avec l'alimentation ni la digestion ; les poussées sont provoquées par le refroidissement, l'échauffement, l'effort, l'émotion, etc... Il est même fort curieux que des malades persécutés d'urticaire puissent manger impunément tout ce qui leur fait plaisir.

Nous ne pouvons insister sur ce sujet, qui dépasse les limites que nous avons données à ce travail. Mais nous devons signaler que, jusqu'à présent, aucun des cas d'urticaire non digestive qu'a eu l'occasion d'examiner M. Paul CHEVALLIER, ne s'est accompagné d'atrophie gastrique.

Reste un petit nombre de cas où l'urticaire est pour ainsi dire double : elle est à la fois digestive et non digestive.

Le cas 12 de ce mémoire est de ce type. Un peu plus loin, nous dirons qu'il ne s'est pas comporté envers la médication instituée comme se comportent d'habitude les urticaires digestives. L'atrophie gastrique était forte, mais elle s'accompagnait — et c'est notre seul cas — d'une hyperchlorhydrie manifeste.

Il semble donc que l'association des deux influences, la digestive et la non digestive, tende à créer des syndromes d'allure paradoxale.

IV

L'urticaire chronique avec atrophie gastrique ne s'accompagne d'éosinophilie.

Qu'ils soient anciens ou récents, aucun des cas examinés d'urticaire avec atrophie gastrique ne s'accompagne d'éosinophilie sanguine ; les nombres pour cent leucocytes varient de 0 à 2, avec une moyenne de 0,8. Si l'on ajoute les deux cas d'urticaire digestive sans atrophie gastrique, dont l'un a le nombre inhabituel de 3,5 éosinophiles pour 100, la moyenne de l'éosinophilie sanguine comprise dans l'urticaire digestive est de 1,16.

Cette absence d'éosinophilie devient remarquable lorsque l'on sait que le nombre des éosinophiles sanguins est de règle augmenté dans les urticaires non digestives.

V

Le traitement ferrugineux des urticaires avec atrophie gastrique ou, de façon plus générale, des urticaires digestives.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de rappeler pourquoi M. Paul CHEVALLIER a été amené à essayer le fer à hautes doses comme traitement de l'urticaire avec atrophie gastrique. Le point qui nous intéresse est que cet essai ait réussi.

1. — *Les résultats excellents.*

Les résultats sont parfaits ou excellents lorsque l'urticaire disparaît complètement ou qu'il ne produit plus que de petites et courtes poussées pruriliques sine materia. Il en est ainsi dans la majorité des cas. — Aux cas avec atrophie gastrique on doit ajouter les deux cas d'urticaire digestive sans atrophie gastrique, qui se sont comportés de la même façon. Au total, 10 malades sur 13 ont été complètement ou presque complètement guéris par le fer. Il est important que le traitement soit poursuivi très longtemps après la guérison totale, ou presque totale, sans cette précaution, l'urticaire revient.

2. — *Les résultats bons.*

Chez quelques malades (1 sur 6 environ), le fer n'a fait qu'améliorer nettement l'urticaire. Il est possible que ce fait soit dû à l'insuffisance des doses ou à la mauvaise tolérance du médicament. M. Paul CHEVALLIER croit que la thérapeutique martiale, si supérieure qu'elle paraisse à la plupart des autres, ne saurait prétendre guérir tous les malades.

3. — *Les échecs.*

Si l'on élimine les malades non suivis et ceux qui ont refusé de suivre le traitement tel qu'il leur était indiqué, il reste un échec : le cas 12. Nous en avons déjà parlé, parce que l'urticaire, chez la patiente, était à la fois digestive et non digestive. Il semble probable que c'est à l'influence non digestive qu'est dû l'échec presque complet de la thérapeutique martiale.

4. — *Opposition thérapeutique entre les urticaires digestives et les urticaires non digestives.*

En effet, M. Paul CHEVALLIER n'a rien obtenu du fer dans les urticaires non digestives ; il a eu parfois des améliorations, mais celles-ci ont été légères et fugaces.

A, d'une part, l'urticaire digestive, où réussit pleinement, ou tout au moins partiellement, la médication martiale, s'oppose l'urticaire non digestive, où le fer est inutile.

5. — *Doses et modes d'administration du fer.*

Les doses doivent être très élevées : M. CHEVALLIER commence par 3 grammes et monte à 6 par jour ; il pense que, dans certains cas, il convient d'atteindre 8 et 10 gr. par jour.

Le fer se prend par la bouche, en cachets d'un gramme, au milieu des repas. On peut prescrire le protoxalate, le carbonate ou le fer réduit. Le protoxalate a l'inconvénient de provoquer souvent de la diarrhée, et même des crises d'enterocolite aiguë comparables à celles du cyanure de mercure intraveineux. Il est réservé aux constipés chroniques, aux quels il sert de laxatif. Il est contre-indiqué de donner plus d'un gramme par repas, ce qui a l'inconvénient d'obliger à multiplier le nombre des repas si l'on dépasse 3 grammes de fer par jour.

Le fer réduit convient aux personnes ayant des fonctions intestinales normales.

Le carbonate de fer est le seul sel toléré par les colitiques patents ou dissimulés. On peut donner 2 grammes à chaque repas, ce qui est un grand avantage en cas de traitement intensif. De plus en plus M. Paul CHEVALLIER réserve sa faveur au carbonate, qui est d'habitude très bien toléré, quelles que soient les fonctions intestinales du malade.

Le fer à hautes doses peut provoquer des phénomènes intestinaux — la constipation est très rare, si curieux que

ce fait paraisse, la diarrhée est au contraire à redouter, car elle oblige à suspendre le médicament ; d'ailleurs tout patient qui a de l'intolérance intestinale au fer cesse immédiatement d'éprouver les bons effets de la médication (réapparition de l'urticaire, etc.). — A la longue, le fer peut aussi provoquer une sorte de dégoût stomacal, — le dégoût stomacal est quelquefois purement mental et dû à la psychothérapie à rebours que font des personnes qui, dans leur ignorance des travaux poursuivis depuis 25 ans sur les thérapeutiques martiales des anémies, s'étonnent des doses énormes prescrites. Mais il peut aussi être réel ; dans ce cas M. Paul CHEVALLIER conseille de suspendre le fer de huit jours à trois semaines, et de le remplacer par des doses *petites* d'acide chlorhydrique. Une particularité curieuse des préparations de fer est qu'elles ne sont pas équivalentes suivant les fabriques dont elles viennent : certaines pharmacies délivrent un fer très irritant, d'autres un fer bien supporté. L'analyse chimique est impuissante à donner les raisons de cette différence (Paul CHEVALLIER et A. SEVAUX). Un bon fer ne doit pas déterminer de douleurs intestinales et faire les matières noires.

6. — *Rapidité d'action et durée du traitement ferrugineux.*

Le fer agit très vite : en quelques jours, en dix jours au plus, le médecin est fixé sur les possibilités curatives, mais à condition que la dose ait été très forte. En principe, on prescrit trois grammes par jour, dose qui suffit dans quelques cas. En cas d'échec, après une semaine, on monte à six grammes. Puis à 8 et 10 en cas d'échec : il est cependant exceptionnel que 10 grammes réussissent si 6 ont échoué. Il est inutile de poursuivre le traitement si des doses fortes n'ont pas amené en quinze jours au plus une amélioration très nette.

Mais si cette amélioration s'est produite, et si l'urti-

caire a disparu, il faut continuer des mois le fer, et même en augmenter les doses.

En résumé, le fer se donne exactement comme il doit se donner dans la forme rebelle de la chlorose, connue aujourd'hui sous le nom d'anémie hypochrome essentielle achlorhydrique.

7. — *Le criterium de la guérison.*

Tant que le malade doit suivre un régime, tant que, sous peine d'urticaire, il ne peut manger tout ce qui lui plaît, il ne saurait être question de guérison. Dès que le fer a commencé nettement de faire de l'effet, on prie le patient de cesser toute précaution alimentaire, et l'on augmente le fer, si l'urticaire tend à reprendre.

La guérison ne sera complète que le jour où, non seulement tout régime est cessé, mais encore ou nul médicament n'est plus nécessaire. M. Paul CHEVALLIER ne sait pas encore si cette éventualité sera fréquente.

8. — *Mode d'action du fer.*

Le fer n'agit pas seulement sur la maladie urticaire. Il agit aussi sur l'état général et sur la digestion. Les malades se sentent transformés, plus alertes, plus forts, plus intelligents, heureux de vivre. Presque toujours, si elle était lente et pénible, la digestion gastrique devient parfaite. — Les trois actions digestives eutrophique et antiurticarienne, sont souvent concomitantes ; mais elles ne son pas rigoureusement liées ensemble. Dans certaines urticaires, non digestives, par exemple, le fer est, au moins pendant un certain temps, eutrophique et digestif sans être antiurticarien.

L'énorme quantité de fer qui est nécessaire ne paraît se justifier raisonnablement, et cependant à moindre dose le métal est inactif. Ne serait-ce pas une impureté en quantité minime qui a le pouvoir curatif ? Le fait est possible, mais cette impureté a été recherchée et n'a pas encore été décou-

verte. Dans une leçon récente M. Paul CHEVALLIER se demandait si le fer actif n'était pas ce nouveau fer que viennent de découvrir les physiiciens, et qui existe en très petite proportion, dans les fers les plus homogènes en apparence.

Puisque le fer n'agit vraiment bien que dans les urticaires digestives, il est peu probable qu'il porte son effet directement sur l'élément sympathique de l'urticaire.

On doit supposer qu'il agit : soit sur une maladie générale qui tient sous sa dépendance et le facteur nerveux et le facteur digestif, — c'est l'hypothèse de la metanémie qui a servi de point de départ aux recherches de M. Paul CHEVALLIER ; — soit sur le facteur digestif lui-même.

Neutralise-t-il des produits nocifs dans l'intestin lui-même ? Cela semble fort improbable. — Guérit-il les lésions gastriques ? Le fait est certain, mais tardif, alors que l'excellence du métal se fait sentir très vite. — Réveille-t-il les sécrétions digestives ? Cela est possible, encore que l'amélioration de la sécrétion chlorhydrique ne soit pas constante et que, quand elle existe, cette amélioration suit, et non précède, l'amélioration de l'urticaire. — Des travaux récents ont montré que fer « active » la vitamine A et sans doute aussi d'autres vitamines, comme la vitamine C ; cette interprétation est purement verbale, mais elle expliquerait ce fait, observé par M. Paul CHEVALLIER, que certaines affections ordinairement guéries par le fer sont aussi parfois améliorées par certaines vitamines. — En l'état actuel de nos connaissances, on peut supposer que le fer favorise l'achèvement de la dislocation de molécules alimentaires qu'une digestion viciée laissait passer dans la circulation sous une forme imparfaite ; cette explication est la seule qu'il nous semble pouvoir proposer, mais nous ne nous dissimulons pas combien elle est vague.

Réflexions pathogéniques

1° Historique.

Depuis longtemps déjà l'estomac a été mis en cause dans l'urticaire. Souvent d'ailleurs les auteurs ne précisent pas et invoquent plutôt une dyspepsie générale qu'une affection gastrique proprement dite. Au centre du XIX^e siècle, HARDY et BAZIN représentaient chacun l'une des deux théories qui s'imposent à la discussion : HARDY faisait des troubles digestifs la cause de l'urticaire, BAZIN admettait que troubles digestifs et syndrome cutané étaient « des manifestations différentes d'une même cause morbifique interne ». KAPOSÍ incrimine nettement l'estomac ; pour lui l'altération gastrique précède l'urticaire et c'est sa persistance qui explique l'urticaire chronique récidivante. LEREDDE apparaît comme un initiateur : avec A. Robin il a étudié le chimisme gastrique des urticariens et insisté sur les fermentations butiriques ; il étudie aussi les lésions sanguines dans l'urticaire (1). — Après LEREDDE les renseignements précis se font rares et les auteurs se contentent, lorsqu'ils parlent de l'estomac, de supposer un catarrhe gastrique ou de rester dans le vague.

2°. — *Rôle de l'atrophie gastrique dans l'urticaire.*

L'atrophie n'a pas de rôle direct, puisque nombreux

(1) LEREDDE. Lésions sanguines dans l'urticaire. Soc. de dermat.
10 Avril 1899.

sont les cas où existe une gastrite atrophique sans qu'aucune urticaire n'apparaisse. Nous avons vu aussi qu'au moins au début d'une urticaire digestive, l'atrophie gastrique n'est pas absolument constante. Ce que nous disons de l'atrophie gastrique s'applique à la sécrétion chlorhydrique qui, d'habitude déficiente, peut parfois être suffisante.

M. Paul CHEVALLIER a tendance à considérer que la gastrite atrophique n'est que le témoin d'une « digestivité » miopragique assez diffuse, que les moyens nous manquent actuellement de mettre parfaitement en évidence.

Ce serait cette « digestivité » qui permettrait le passage dans la circulation de particules alimentaires mal élaborées pour l'organisme ; ces particules déclancheraient l'urticaire si les cellules sympathiques périphériques ont subi une modification spéciale.

Dans l'urticaire non digestive, existerait une prédisposition sympathique semblable, mais les particules déclanchantes seraient produites par l'organisme à l'occasion de certains de ses fonctionnements sans doute imparfaits.

Nous n'insisterons pas : il est d'autant plus facile de faire de belles théories que les faits sont moins nombreux pour rappeler l'imagination à la réalité.

CONCLUSIONS

1°) Un grand nombre d'urticaires chroniques s'accompagnent de gastrite atrophique.

2°) Les urticaires chroniques qui s'accompagnent d'atrophie gastrique sont digestives, c'est-à-dire que les crises en sont provoquées par les aliments.

3°) Les exceptions à cette règle sont rares et concernent des urticaires digestives récentes.

4°) Les urticaires digestives ne s'accompagnent pas d'éosinophilie sanguine.

5°) Les urticaires digestives, lorsqu'elles sont pures, guérissent ou s'améliorent immédiatement par de très hautes doses de fer.

6°) Aux urticaires chroniques digestives, avec atrophie gastrique sans éosinophilie sanguine, dont le traitement le plus simple et le plus actif est le traitement martial, s'opposent les urticaires chroniques digestives, sans atrophie gastrique, avec éosinophilie sanguine, où le fer est sans effet.

7°) La pathogénie prête à discussion. Il est probable que l'atrophie gastrique n'a pas de rôle direct sur l'urticaire, mais qu'elle est le terrain d'une « digestivite » miopragique^e; cette modification du système digestif permettrait à des particules alimentaires imparfaitement transformées de venir exciter un sympathique périphérique lui-même malade. Le mode d'action du fer est difficile à préciser ; le métal semble agir soit sur une maladie générale, dont les modifications digestives et sympathiques sont des manifestations, soit sur les facteurs qui permettent à l'organisme de parachever l'élimination normale des particules alimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Paul CHEVALLIER, F. MOUTIER, A. SEVAUX, Z. ELY, W. STEWART et R. MOLINE. — La gastrite atrophique des urticariens (Soc. Française de dermatologie, 8 Nov. 1934 ; Revue française de dermatologie et vénéré. N° 1, Janvier 1935).
- Paul CHEVALLIER et F. MOUTIER. — Les gastrites atrophiques diffuses (Arch. des mal. de l'appareil digestif, T. 25, 2 février 1935).
- Paul CHEVALLIER. — Les gastropathies muettes ou presque muettes et leur importance en pathologie générale (Paris Médical, 6 Avril 1935).
- Paul CHEVALLIER et F. MOUTIER. — L'estomac des urticariens (IX^e Congrès International de dermat. et de syphil. Budapest, Sept. 1935. Soc. Française de gastro-entérologie, Oct. 1935).
- Paul CHEVALLIER. — Magenuntersuchungen bei Hauterkrankungen Mediz. Welt. 1936, n° 6).
- Paul CHEVALLIER et F. MOUTIER. — Les urticaires avec atrophie gastrique et les urticaires sans gastrite atrophique (Annales de dermatol., Mai 1936).

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.